

請求日 年 月 日

りそな健康保険組合 御中

インフルエンザ予防接種補助金請求書（2023年度用）

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を請求いたします。

※ 被保険者自署必須

被保険者証 記号・番号	記号	番号 (最大6桁)	被保険者 氏名	(自署) (ビジネスネーム不可)
事業所名 所属部店名			連絡先 Tel (勤務先)	内線 ()

※ 領収書は名宛必須（名宛がない場合は、接種者氏名を補記）

※ 太枠内項目記入必須

接種者氏名					
続柄					
予防接種費用					
初回接種日					

- 補助対象期間 : 2023年10月1日(日) ~ 2024年1月31日(水) 接種分
- 請求期限 : 2024年2月13日(火) 健保組合到着分まで
- 補助金額 : 年度中一人当たり上限 2,000円
- 補助対象者 : 接種日時点で当健保の被保険者(本人)または被扶養者(当健保に加入している家族)

※ 請求期限後に到着した場合、補助金は支給できません。（請求書は返却します）

※ 家族分はできるだけまとめてご請求下さい。

注1. 接種日・接種者・インフルエンザの予防接種であることが分かる領収書をもらってください。

注2. この請求書に上記の領収書（原本）を添付して提出してください。

※ クリアポケット等を使用し取りまとめ、領収書をのり付け・ホッチキス留しないでください。

※ 領収書は返却できません。 ※ レシート、診療明細書および接種済証のみの代用は不可です。

※ 2回接種の場合、1回分の接種で2,000円に達していれば、1回分のみで請求してください。

1回分の接種で2,000円に達していない場合は、2回分合計で請求してください。

※ レシートで代用する場合は、接種者が分かる診療明細書もしくは接種済証を添付してください。

注3. 下記の証明により、領収書の添付を省略することができます。

上記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施しましたので、証明いたします。

医療機関	接種人数・費用		医療機関（名称・所在地）	証明印
	接種人数	人		
	総費用	円		

※ 「医療機関」欄がゴム印の場合、証明印は不要

※ 注1の領収書が添付されている場合は、本欄不要

健保使用欄

領収書

